BASI DELL’ASSISTENZA
INFERMIERISTICA

DOCENTE

D’ALESSANDRO ROSARIA

La storia dei Codici Deontologici degli Infermieri Italiani

Il codice deontologico è una sorta di manifesto dei valori che i professionisti eleggono a fondamento della pratica professionale

- Documento di idendità che permette di definire chi è l'infermiere
- In quali rapporto si pone con altri professionista
- Quale è il contesto socio culturale in cui esercita

La storia dei Codici Deontologici degli Infermieri Italiani

Codice Deontologico del 1977

Si compone di 11 articoli

- Diviso in tre capitoli
- A -la dimensione umana
- B -i rapporti sociali
- C -l'impegno tecnico operativo

Codice Deontologico del 1977

A la dimensione umana

1. l'infermiere è al servizio della vita dell'uomo; lo aiuta ad amare la vita, a superare la malattia e ad affrontare l'idea della morte

2. l'infermiere promuove la salute del singolo e della collettività operando contemporaneamente per la prevenzione la cura e la riabilitazione

B I rapporti sociali

- L’infermiere nella sua autonoma responsabilità e nel rispetto delle diverse competenze collabora attivamente con i medici ed altri operatori socio sanitari per migliore tutela della salute dei cittadini sia nella programmazione e nel funzionamento delle strutture, sia

nella gestione democratica dei servizi, tenendo sempre presente i bisogni reali della popolazione nell’ambito del territorio

C L’impegno tecnico operativo

- 11. l’infermiere afferma e difende il suo diritto all’obiezione di coscienza di fronte a particolari interventi contrastanti i contenuti etici della sua professione

(legge n 194 22 maggio 1978 Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza)

Legge 23 dicembre 1978, n.833 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

- Affermazione di un nuovo concetto di tutela della salute fondato non sulla cura delle malattie, ma sulla conservazione dello stato di salute.
- Estensione del diritto alla tutela sanitaria a tutta la popolazione e, compresi stranieri e residenti, senza distinzione di condizioni individuali o sociali
- Eguaglianza di trattamento, in grado di affrontare i problemi che vanno ad incidere sulla qualità della vita e sul benessere fisico e psichico dei cittadini
- Superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese

Legge 23 dicembre 1978, n.833 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale)

- Formazione del personale e aggiornamento permanente come condizione necessaria per il miglioramento continuo dei servizi.
- Educazione sanitaria come modalità per guadagnare consenso dei cittadini e ottenere la loro partecipazione consapevole ai processi di trasformazione del sistema e il cambiamento dei loro stili di vita.

Dal 1977 al 1999 (1996 il modello delle prestazioni infermieristiche) Marisa Cantarelli

Inizia la sua elaborazione nel 1986 fino all'ultima versione del 1996, dopo anni di studio, ricerca e verifica della sua applicabilità.

- L'assistenza infermieristica: Comportamento osservabile che si attua mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate, per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in un cittadino/malato.

Codice Deontologico 1999

- Si compone di 47 articoli
- Diviso in sette capitoli
- 1 Presentazione (4 art)
- 2 Principi etici della professione (7 art)
- 3 Norme generali (6 art)
- 4 **rapporti con la persona assistita** (18 art)
- 5 Rapporti professionali con i colleghi e altri operatori (6 art)
- 6 Rapporti con le istituzioni (6 art)
- 7 Disposizioni finali (1 art)

CARTELLA INFERMIERISTICA
-2007

Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019

Il testo approvato dal Consiglio Nazionale1 Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019

Presentazione Consiglio Nazionale 12-13 aprile 2019

Capo I

Principi e valori professionali

Art. 1 – Valori

L'Infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile.

È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici.

Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.

Art. 2 – Azione

L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività.

Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.

Art. 3 – Rispetto e non discriminazione

L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale.

Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

Art. 4 – Relazione di cura

Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo.

Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali.

Il tempo di relazione è tempo di cura.

Art. 5 – Questioni etiche

L'Infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici e contribuisce al loro approfondimento e alla loro discussione. Promuove il ricorso alla consulenza etica e al confronto, anche coinvolgendo l'Ordine Professionale.

Art. 6 – Libertà di coscienza

L'Infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona assistita manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie.

- Laddove quest'ultima esprima con persistenza una richiesta di attività in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali dell'infermiere, egli garantisce la continuità delle cure, assumendosi la responsabilità della propria astensione.
- L'infermiere si può avvalere della clausola di coscienza, ricercando costantemente il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni.

Capo II

Responsabilità assistenziale

Art. 7 – Cultura della salute

L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.

Art. 8 – Educare all'essere professionista

L'Infermiere, nei diversi ruoli, si impegna attivamente nell'educazione e formazione professionale degli studenti e nell'inserimento dei nuovi colleghi.

Art. 9 – Ricerca scientifica e sperimentazione

L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati.

Art. 10 – Conoscenza, formazione e aggiornamento

L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

Art. 11 – Supervisione e sicurezza

L'Infermiere si forma e chiede supervisione, laddove vi siano attività nuove o sulle quali si abbia limitata casistica e comunque ogni qualvolta ne ravvisi la necessità.

Capo III

Rapporti professionali

Art.12 – Cooperazione e collaborazione

L'Infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale

Art. 13 – Agire competente, consulenza e condivisione delle informazioni

L'Infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo i suoi saperi e abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni.

Partecipa al percorso di cura e si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni condivise con l'equipe, necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti.

Art 14 – Posizione di protezione

L'Infermiere che rilevi uno stato di alterazione di natura psicofisica di un professionista o di altro operatore nelle sue funzioni, a qualunque livello di responsabilità, si adopera per proteggere e tutelare le persone assistite, la professione e il professionista, anche effettuando le opportune segnalazioni.

Art. 15 – Informazioni sullo stato di salute

L'Infermiere si assicura che l'interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive, condivise con l'equipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate.

Non si sostituisce ad altre figure professionali nel fornire informazioni che non siano di propria pertinenza.

Art. 16 - Interazione e integrazione

L'Infermiere riconosce l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale, quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

Capo IV
Rapporti con le persone assistite

Art. 17 – Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura

Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza.

L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

Art. 18 – Dolore

L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.

Art. 19 – Confidenzialità e riservatezza

L'Infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l'intero percorso di cura.

Raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario all'assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente.

Art. 20 – Rifiuto all'informazione

L'Infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute. Nel caso in cui l'informazione rifiutata sia necessaria per prevenire un rischio per la salute di soggetti terzi, l'Infermiere si adopera a responsabilizzare l'assistito, fornendo le informazioni relative al rischio e alla condotta potenzialmente lesiva.

Art. 21 – Strategie e modalità comunicative

L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci.

Art. 22 – Privazioni, violenze o maltrattamenti

Salvo gli obblighi di denuncia, l'Infermiere che rileva ed evidenzia privazioni, violenze o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché vi sia un rapido intervento a tutela dell'interessato.

Art. 23 – Volontà del minore

L'Infermiere, tenuto conto dell'età e del grado di maturità riscontrato, si adopera affinché sia presa in debita considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, al fine di consentirgli di esprimere la sua volontà.

L'Infermiere, quando iI minore consapevolmente si oppone alla scelta di cura, si adopera per superare il conflitto.

Art. 24 – Cura nel fine vita

L'Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.

L'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

Art. 25 – Volontà di limite agli interventi

L'Infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita, espressa anche in forma anticipata dalla persona stessa.

Capo V

Comunicazione

Art. 28 – Comportamento nella comunicazione

L'Infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici e *social media,* si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione.

Art. 29 – Valori nella comunicazione

L'Infermiere, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei *social media,* comunica in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo.

Capo VI

Organizzazione

Art. 30 – Responsabilità nell'organizzazione

L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.

Art 31 – Valutazione dell'organizzazione

L'Infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita per tutelarla.

Formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni al fine di migliorare il contesto stesso.

Art 32 – Partecipazione al governo clinico

L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.

Art 33 – Documentazione clinica

L'Infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico.

Art 34 – Risoluzione dei contrasti

L'Infermiere, qualora l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività clinico assistenziali, gestionali o formative, in contrasto con principi, valori e con le norme della professione, a tutti i livelli di responsabilità, segnala la situazione agli organi competenti e si attiva per proporre soluzioni alternative.

Art 35 – Contenzione

L’Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico.

Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall’equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori.

La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l’attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

Art. 36 – Operatori di supporto

L’Infermiere ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale pianifica, supervisiona, verifica, per la sicurezza dell’assistito, l’attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati.

Art. 37 – Linee guida e buone pratiche assistenziali

L’Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.

Art. 38 – Segnalazioni all’Ordine Professionale

L’Infermiere segnala al proprio Ordine le attività di cura e assistenza infermieristica inappropriate e prive di basi, di riscontri scientifici e di risultati validati.

Capo VII

Libera professione

Art. 39 – Esercizio della libera professione

L'Infermiere, nell'esercizio libero professionale, si adopera affinché sia rispettata la leale concorrenza e valorizza il proprio operato anche attraverso il principio dell'equo compenso.

Art. 40 – Contratto di cura

L'Infermiere, con trasparenza, correttezza e nel rispetto delle norme vigenti, formalizza con la persona assistita apposito contratto di cura che evidenzi l'adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, quanto espresso dalla persona in termini di assenso/dissenso informato rispetto a quanto proposto, gli elementi espliciti di tutela dei dati personali e gli elementi che compongono il compenso professionale.

Art 41 – Sicurezza e continuità delle cure

L'Infermiere che opera in regime di libera professione tutela la sicurezza e la continuità delle cure delle persone assistite anche rispettando i propri tempi di recupero bio-fisiologico.

Capo VII

Libera professione

Art. 39 – Esercizio della libera professione

L’Infermiere, nell’esercizio libero professionale, si adopera affinché sia rispettata la leale concorrenza e valorizza il proprio operato anche attraverso il principio dell’equo compenso.

Art. 40 – Contratto di cura

L’Infermiere, con trasparenza, correttezza e nel rispetto delle norme vigenti, formalizza con la persona assistita apposito contratto di cura che evidenzi l’adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, quanto espresso dalla persona in termini di assenso/dissenso informato rispetto a quanto proposto, gli elementi espliciti di tutela dei dati personali e gli elementi che compongono il compenso professionale.

Art 41 – Sicurezza e continuità delle cure

L’Infermiere che opera in regime di libera professione tutela la sicurezza e la continuità delle cure delle persone assistite anche rispettando i propri tempi di recupero bio-fisiologico.

Capo VIII

Disposizioni finali

Art 42 – Libertà da condizionamenti

L'Infermiere e l'Ordine Professionale si impegnano affinché l'agire del professionista sia libero da impropri condizionamenti e interessi nonché da indebite pressioni di soggetti terzi tra cui persone di riferimento, altri operatori, imprese e associazioni.

Art. 43 – Conflitto d'interesse

L'Infermiere che si dovesse trovare in situazione di conflitto di interesse lo dichiara espressamente.

Art. 44 – Contrasto all'esercizio abusivo della professione

L'Infermiere e l'Ordine Professionale contrastano e denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica e il lavoro sommerso.

Art. 45 – Decoro

L'Infermiere cura la propria persona e il decoro personale.

Art. 46 – Rappresentanza professionale e comunicazione pubblicitaria

L'Infermiere esercita la funzione di rappresentanza della professione con dignità, correttezza e trasparenza. Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali.

Osserva le indicazioni dell'Ordine Professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.

Art. 47 – Obbligo di rispetto delle norme

L'Infermiere rispetta le norme e gli adempimenti amministrativi, giuridici e deontologici, che riguardano la professione, anche attenendosi alle linee di indirizzo dell'Ordine Professionale.

Art. 48 – Attività consulenziale e peritale

L'Infermiere non svolge attività di natura consulenziale e peritale se non è in effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso.

In ogni caso questa attività deve essere svolta nel rispetto dei principi deontologici caratterizzanti la professione, evitando ogni conflitto di interesse e le situazioni in cui sia limitata la sua indipendenza.

L'Infermiere in ambito peritale interpreta le evidenze del caso sulla base delle conoscenze scientifiche del momento, fornendo pareri ispirati alla prudente valutazione della condotta dei soggetti coinvolti.

Art. 49 – Natura vincolante delle norme deontologiche

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice Deontologico sono vincolanti per tutti gli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche; la loro inosservanza è sanzionata dall'Ordine professionale tenendo conto della volontarietà della condotta, della gravità e della eventuale reiterazione della stessa, in contrasto con il decoro e la dignità professionale.

Art. 50 - Ordini Professionali. Enti sussidiari dello Stato

Gli Ordini Professionali recepiscono e attuano le indicazioni normative e regolamentari inerenti il loro essere Enti sussidiari dello Stato.

Art. 51 – Ordini professionali. Codice Deontologico

Gli Ordini delle Professioni Infermieristiche provinciali sono tenuti a recepire il presente Codice e a garantire il rispetto delle norme, nel quadro dell'azione di indirizzo e coordinamento esercitata dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche; sono tenuti inoltre a consegnare ufficialmente o, comunque, a inviare ai singoli iscritti agli Albi, il Codice Deontologico e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento in materia deontologica.

Art. 52 – Ordini professionali e altri ruoli pubblici

L'Ordine Professionale non interviene nei confronti dell'Infermiere impegnato in incarichi politico istituzionali nell'esercizio delle relative funzioni.

Art. 53 – Clausola finale

Ogni altro comportamento che violi il decoro e la dignità professionale è sanzionabile dall'Ordine.

- Il **processo di assistenza infermieristica**, dunque, è il **metodo** che la disciplina infermieristica adotta per **identificare i bisogni** del singolo o di un gruppo sociale e per **pianificare una risposta appropriata, efficace ed efficiente** a tali problemi attraverso un complesso di prestazioni di totale competenza e responsabilità infermieristiche.

Alla nuova sfera di autonomia operativa dell’infermiere si affianca l’adozione di una **documentazione infermieristica**, necessaria per certificare correttamente e registrare storicamente le prestazioni infermieristiche erogate, attività che esprime valenza legale in qualità di atto pubblico di incaricato di pubblico servizio.

Cartella infermieristica

La **cartella infermieristica** è considerato uno strumento informativo utile per *progettare*, *gestire, valutare, l'intervento assistenziale*, nonché per **comunicare** tra gli operatori e per documentare, ma soprattutto per garantire la migliore assistenza alle persone assistite".

Una definizione dettata da Renzo Zanotti, un'eccellenza nel mondo dell'infermieristica.

Cartella infermieristica

La cartella infermieristica è la dimostrazione concreta dell'agire quotidiano

La documentazione infermieristica rappresenta la memoria storica dell'agire infermieristico, specchio della credibilità professionale, parametro di misurazione della crescita professionale e del processo assistenziale. **E' senz'altro utile a comprovare ciò che è stato fatto**, a garantire trasparenza e continuità assistenziale

Cartella infermieristica

- Nel comune pronunciamento giurisprudenziale, **ciò che non è scritto è dato per non fatto.**
- La corretta tenuta della documentazione è un preciso dovere etico, giuridico e professionale.

Cartella infermieristica

- Nell’attuale contesto **la cartella infermieristica differisce notevolmente tra i vari contesti lavorativi godendo di gravi disomogeneità** con una netta prevalenza di elementi negativi. Infatti tutt’oggi emerge una scarsa o inesistente progettualità che è sinonimo di scarsa coscienza professionale, ignorando il concetto di responsabilità professionale e restando profondamente degli esecutori.

Cartella infermieristica

- Si passa da un estremo all'altro: mentre in alcuni contesti la cartella infermieristica (per di più informatizzata) gode della massima stima dal team di lavoro, **in alcuni reparti è chiamata ancora con il suo nome arcaico ossia "quaderno delle consegne"**. Purtroppo nelle cartelle infermieristiche, ancora non informatizzate, o nelle "consegne" sono spesso presenti **calligrafie** di difficile comprensione, **termini**, **abbreviazioni**, parole da sottoporre a interpretazione, firme o sigle difficilmente riconducibili all'autore.

  Le cancellature indiscriminate non mancano così come la difficoltà nel ricostruire il percorso clinico. La conclusione? **Una scarsa leggibilità globale.**

Cartella infermieristica

E quindi ancora una volta **emerge la necessità e l'obbligo di una documentazione adeguata.**

Inoltre nella giurisprudenza la documentazione serve all'infermiere per *"…documentare fatti inerenti all'attività da lui svolta e alla regolarità delle operazioni amministrative alle quali egli è addetto…"*(Cassazione, V sez., 25 settembre 1980).

Il fatto viene ricostruito*"…dalla cartella clinica, sebbene gravemente lacunosa, dal libro delle consegne del personale paramedico, più puntuale e ampiamente attendibile secondo il parere dello stesso CT (Consulente tecnico) del PM (Pubblico ministero)…".* (Pretura di Firenze, sentenzan. 893 del09/03/1994).

Quindi sia la documentazione medica sia la documentazione infermieristica hanno lo stesso valore legale.

Cartella infermieristica

Il requisito sostanziale nella compilazione della cartella infermieristica è la veridicità ossia l'esatta corrispondenza fra realtà osservata, percepita e ascoltata e quanto scritto.

Le ipotesi di reato in cui si potrebbe incorrere sono la ***falsità ideologica in atto pubblico*** ossia riportare dati non veri o non attinenti alla realtà e la falsità materiale in atto pubblico ossia alterare quanto già scritto in precedenza (cancellature selvagge).

L'applicazione pratica dei requisiti sostanziali è fondamentale affinché **la cartella infermieristica diventi sempre più uno strumento di prestigio**.

Le indicazioni da rispettare per una giusta compilazione:

- Riportare sempre **data e ora** delle annotazioni e rilevazioni.
- Scrivere in maniera **chiara**.
- Se costretti a posticipare le annotazioni, evidenziare l'orario dei diversi momenti.
- Firma leggibile (sigle depositate)
- Non costringere a interpretazioni.
- Le **cancellature** sono ammesse ma **non** bisogna **coprire totalmente** quanto scritto e quindi scrivere la correzione di seguito. Le correzioni effettuate in momenti successivi devono riportare chiaramente a cosa si riferiscono e perché sono state effettuate.
- Allegare legenda degli acronimi utilizzati.
- Allegare protocolli e procedure utilizzati.
- Niente deve essere considerato superfluo o irrilevante.
- Evitare annotazioni ridondanti (non scrivere tanto per riempire gli spazi).
- Non sostituirsi ad altri (rispetto degli ambiti di competenza).

Cartella infermieristica

- Dando uno sguardo allo scenario generale, notiamo come sia profondamente cambiata la figura dell'infermiere rispetto al passato; oggi l'infermiere non lavora più solo e soltanto nelle corsie di degenza degli ospedali come mero esecutore di ordini e consegne, ma riveste un ruolo importante nel settore della Sanità, sia pubblica che privata.
- L'evoluzione della figura dell'infermiere negli ultimi anni è stata enorme e tale progresso infermieristico, di natura teorica e pratica, ha fatto sì che con l'aumentare dell'autonomia decisionale vi sia stato, di conseguenza, un aumento dell'ipotesi di responsabilità.
- **L'evoluzione porta a maggior libertà decisionale e maggior assunzione di responsabilità.**

Cartella infermieristica
Struttura generale

Un modo razionale di affrontare la progettazione di una **cartella infermieristica** per un'azienda sanitaria, sia essa informatica, cartacea o a contenuto misto, prevede la suddivisione strutturale in due “macro-aree”.

La prima è una base/nucleo comune, contenente quattro moduli (ovvero parti suddivise ma non scorporabili della cartella) la cui presenza è necessaria in tutte le sedi operative:

Modulo **Dati anagrafici**;

Modulo **Anamnesi infermieristica**;

Modulo **Piano di assistenza**;

Modulo **Diario infermieristico**

Cartella infermieristica

STRUTTURA

La seconda macro-area è composta da un numero variabile di **Schede**.

Alcune di queste sono comuni in molte realtà, come la scheda di registrazione dei parametri vitali.

Molte altre saranno utilizzate solo saltuariamente o dovranno essere addirittura progettate sulla base dello specifico contesto operativo: schede per il controllo dell'attività respiratoria, schede per la determinazione del trauma, schede per il bilancio idrico, schede con istruzioni di medicazione, schede per la valutazione globale dell'assistenza erogata, schede per la trasmissione del piano di assistenza ad altre équipe, ecc.

Cartella infermieristica

Ogni realtà potrà decidere quante e quali schede adottare, ampliando e personalizzando la propria cartella.

I primi quattro moduli (*Dati anagrafici, Anamnesi infermieristica, Piano di assistenza, Diario infermieristico*), possono anche essere solamente informatici; anzi, è auspicabile che lo siano per le potenzialità elaborative offerte dallo strumento, e potranno eventualmente venire stampati in seguito, per archiviare la cartella insieme a tutte le sue schede.

Un'eccezione è la realtà domiciliare, dove il diario è preferibile che sia cartaceo per rimanere a casa dell'utente, in quanto andrebbe aggiornato e/o consultato da tutte le figure professionali del team assistenziale.

Cartella infermieristica

- Durante la degenza dell'utente ogni sua singola scheda può essere raccolta in cartelline o raccoglitori comuni, adattandosi alle modalità lavorative del reparto. Potranno essere utilizzate esattamente dove servono: giro visita, carrello della terapia, carrello delle medicazioni. Possono essere lasciate anche a casa dell'utente, ad esempio nel corso di terapie endovenose domiciliari.

Cartella infermieristica

Modulo Dati anagraficI

Nella versione cartacea funge anche da “contenitore”, in quanto posto generalmente sulla copertina della cartella.

Con la versione software necessiterà invece un'interfaccia aggiuntiva, una prima schermata che funzioni da menu principale per potersi spostare all'interno dei contenuti della cartella.

In questo caso la schermata con i Dati anagrafici sarà raggiungibile indicando il nome dell'utente, ed è probabile che si sfrutti una banca dati aziendale, con dei contenuti di base che andranno integrati o corretti durante l'intervista (verificare sempre indirizzo e numeri di telefono).

Cartella infermieristica

- Vanno trascritte le diagnosi mediche conosciute purché verificate (rilevate dalla cartella clinica, o comunicate direttamente dal medico), eventuali **condizioni invalidanti**, **intolleranze** o **allergie** note che, per correttezza metodologica, andrebbero registrate nel “Modulo Anamnesi infermieristica”, ma data la loro importanza è sempre preferibile porle in “**prima pagin**a”. Meglio siano sempre ben evidenziate, affinché nessun operatore commetta qualche errore (ad esempio non accorgersi che un utente è diabetico o che è allergico al kiwi). Se la cartella è domiciliare, valutare anche la condizione familiare, le funzionalità abitative e la presenza di supporti socio-assistenziali. Si può indicare un familiare di riferimento da contattare al bisogno oppure, in ambito domiciliare, un *care-giver* che avrà la funzione di alternarsi all'infermiere nel processo. Considerare sempre un'area “Note”, utile per tutte le anomalie e gli imprevisti.

Cartella infermieristica

- **Modulo Anamnesi infermieristica**

Luogo dove si raccolgono i dati ritenuti utili all'identificazione dei bisogni e delle abilità residue.

Quasi impossibile da praticare in alcuni frenetici ambienti di lavoro, è anche la parte più difficile da progettare. Al fine di non trasformare l'accertamento in una mera esercitazione, senza poi riuscire a utilizzarla sul campo, è necessario stabilire con estrema chiarezza quali dati siano realmente rilevanti.

Il modello concettuale ci aiuta molto, ma può depistare dal problema reale, spostando l'attenzione del compilatore su problematiche di scarso rilievo. È probabile che la stesura richieda due o più pagine cartacee. Si tratta di un'anamnesi diversa da quella medica, tuttavia, al pari di quest'ultima, potrebbe essere registrata in forma “destrutturata”, scrivendo cioè le proprie osservazioni su un semplice foglio bianco (magari utilizzando una tavola di riferimento in cui scegliere i dati da rilevare).

Cartella infermieristica

Modulo Piano di assistenza

- Contiene la formulazione scritta dell'intero processo di nursing, gli **scopi** e gli **obiettivi** delle **prestazioni erogate** all'utente, sulla base dei bisogni rilevati e delle diagnosi da questi derivate. Valuta le capacità residue dell'individuo e stabilisce le attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi preposti, espressi in termini di risultati previsti. Dev'essere redatto in modo chiaro, flessibile, ben definito; deve considerare le risorse umane e materiali a disposizione e deve prevedere i criteri per valutare l'efficacia dell'intervento (indicatori di risultato). Applica il metodo scientifico per la risoluzione dei problemi (problem solving) e utilizza come base dati di partenza l'anamnesi infermieristica.

Cartella infermieristica

- **Modulo Diario infermieristico**

Sostituisce concretamente la classica "*consegna*", dove l'infermiere, a fine turno, sintetizzava su una grossa agenda le condizioni degli utenti, gli interventi su di loro effettuati, e qualsiasi altro evento degno di nota.

Un Diario infermieristico cartaceo può essere composto da pagine numerate in sequenza con i consueti cognome, nome e numero di identificazione (o data di nascita), e una impaginazione anche a semplici righe, purché si preveda di segnare sempre in sequenza data, ora, osservazioni e sigla dell'infermiere compilatore.

Anche in questo caso andranno indicate le variazioni più significative delle condizioni dell'utente, i dati oggettivi e soggettivi, e tutte le eventuali problematiche assistenziali che possono influire sul piano di assistenza.

Non è necessario riportare in diario operazioni e attività che si eseguono di routine, quali ad esempio: somministrazioni di terapie ad orario, esami ematici o radiografie. Vanno riportati invece: farmaci somministrati "al bisogno", radiografie o esami eseguiti al di fuori della routine, ad esempio come accertamenti di cadute o malesseri. Evitare di scrivere cose assolutamente inutili, tipiche della vecchia "consegna". Se l'utente passa il pomeriggio a leggersi un libro, non serve che l'infermiere scriva sul diario: "Pomeriggio tranquillo".

Cartella infermieristica

Schede

Ogni tipo di scheda deve riportare in alto il proprio nome, ad esempio "Scheda registrazione bilancio idrico", seguita dai consueti **dati che identificano l'utente.**

Ognuna avrà naturalmente una struttura diversa, adatta ai contenuti da registrare. La "**Scheda registrazione prescrizioni mediche**", ad esempio, può essere molto simile ad un diario, con delle semplici righe dove indicare: data, ora, prescrizione medica, sigla del medico prescrivente, spazio per indicare l'avvenuta esecuzione.

La "Scheda registrazione parametri vitali" può avere una struttura tabellare, e un'intestazione con data, ora, polso (battiti/minuto), temperatura (°C), pressione arteriosa (mm/Hg), respiro (atti/minuto), glicemia (mg/dl), peso (kg), alvo (+), diuresi (ml), e quant'altro possa interessare il reparto o servizio che la utilizza.

Verranno poi compilati soltanto i parametri che hanno rilevanza per l'assistito (se è diabetico, si utilizzerà solo per la glicemia).

La "**Scheda registrazione terapia**" è una delle più delicate e complesse da gestire. In molti reparti la scheda o il "quaderno" della terapia non vengono più utilizzati, in quanto i farmaci vanno letti direttamente dalla diaria compilata dal medico al momento della somministrazione.

Cartella infermieristica

- **Contenuti opzionali**

La **versione informatica** della cartella può raggiungere livelli di **eccellenza** se riesce ad integrare ulteriori moduli, che la trasformi in uno strumento assai più completo ed articolato.

L'interfaccia del software può mettere a disposizione dell'operatore molte altre risorse. Anche se non indispensabili ad una **cartella infermieristica**, potrebbe consentire di allegare fotografie sul decorso di una lesione, di collegarsi al laboratorio analisi per controllare le risposte degli esami ematici, di utilizzare decine di scale e indici di valutazione informatizzati.

Può trasformarsi in una vera e propria "scrivania digitale", ricordandoci anche le eventuali scadenze per la sostituzione di cateteri vescicali, o permettendoci di stampare dei vademecum per l'utente con "norme di comportamento" o "diete" da seguire, personalizzate con i suoi dati. Gli strumenti hardware per fare questo sono già presenti in pressoché tutte le realtà sanitarie. Laddove non sia già presente nella documentazione della cartella clinica, sarà necessario prevedere anche una modulistica di "Dichiarazione per la privacy" e di "Dichiarazione di consenso al trattamento sanitario", formulata sia a tutela dell'utenza che degli operatori.

Standardizzare le cure può far pensare ad un allontanamento dalla dimensione umana del paziente, in realtà è l’esatto contrario.

Le Linee Guida, i Protocolli, le Procedure sono strumenti indispensabili per la corretta riuscita dell’azione assistenziale dell’Infermiere.

LINEE GUIDA

- **Le raccomandazioni di comportamento clinico, conosciute come Linee Guida in Sanità, sono un ausilio fondamentale nel processo decisionale. Ogni azione del Professionista della Salute deve rifarsi ad esse.**

LINEE GUIDA

- **Le Linee Guida (LG) sono documenti che forniscono raccomandazioni di comportamento clinico**
- Sono elaborati mediante un processo di **revisione sistematica della letteratura** e delle opinioni degli esperti con lo scopo, da un lato, di massimizzare i risultati e le risorse dell'assistenza sanitaria e, dall'altro, di omogeneizzare la prassi clinica in presenza di situazioni analoghe e di contrastare l'utilizzo di procedure ad efficacia non documentata.

LINEE GUIDA

- Le **Linee Guida** sono prodotte da gruppi multidisciplinari e offrono un'ampia definizione della buona pratica professionale, essendo basate su analisi, valutazioni e interpretazioni sistematiche delle prove scientifiche.
- Esse si orientano alla produzione di un risultato lasciando un margine di flessibilità a chi le dovrà applicare; l'obiettivo è quello di fornire una **guida**, per i professionisti sanitari e per gli utenti, **sulla scelta di modalità assistenziali più appropriate in determinate situazioni cliniche garantendo la chiarezza dei percorsi e delle responsabilità**.

LINEE GUIDA

- Le **Linee Guida** offrono un’ampia definizione della buona pratica alla quale aggiungono pochi dettagli operativi; inoltre, rendono più evidente il dovere dei sanitari di motivare le scelte dei comportamenti di cura e assistenza. La giurisprudenza, infatti, riconosce al sanitario uno spazio di discrezionalità tecnica, purché ogni sua scelta sia basata su dati oggettivi e riscontrati.

PROTOCOLLI

- **I Protocolli** Sono molto importanti nell'ambito dell'assistenza infermieristica a pazienti sempre più complessi.
- Essi sono stati realizzati per standardizzare le sequenze fisiche, mentali, operative e persino verbali durante un intervento diagnostico e terapeutico.
- Il ruolo dei Protocolli nella riduzione della variabilità ingiustificata di comportamento tra gli operatori sanitari

PROTOCOLLI

- Il **Protocollo** (**PRT**) è una **sequenza prescrittiva e vincolante** di comportamenti diagnostico-terapeutici ben definiti che risulta dall'adattamento all'uso in contesti locali delle **Linee Guida**, con l'aggiunta di connotati operativi.
- I **Protocolli** sono documenti che delineano un modello formalizzato di comportamento professionale e lo fanno, declinando una successione di **azioni fisiche**, **mentali e verbali** con le quali gli infermieri raggiungono un determinato **obiettivo**

PROTOCOLLI

Il **Protocollo** è uno **strumento rigido, prescrittivo e vincolante** che indica i comportamenti ritenuti ottimali per una determinata situazione clinica e fornisce dettagli, quali:

- problemi di pertinenza infermieristica che devono essere affrontati e gestiti in base alla situazione clinica;
- risultati che si intendono raggiungere;
- responsabilità con strumenti di riferimento e registrazione;
- azioni e attività da eseguire;
- indicazioni, controindicazioni ed eccezioni;
- riferimenti normativi e documentali;
- indicatori e standard per la valutazione di efficacia;
- legenda con abbreviazioni, definizioni e terminologia.

PROTOCOLLI

Tra le **finalità dei protocolli** vanno ascritte, insieme ad altre, le seguenti:

- migliorare l'assistenza infermieristica e sanitaria in generale;
- assicurare interventi basati sulle più recenti evidenze scientifiche agli utenti;
- integrare e uniformare gli interventi assistenziali;
- definire e predisporre ala valutazione della pratica assistenziale;
- documentare le responsabilità degli infermieri e quella di altri operatori coinvolti;
- favorire l'inserimento di personale nuovo e di studenti infermieri.

PROCEDURE

- **Le Procedure non sono altro che successioni dettagliate, logiche e consequenziali di atti tecnici e operativi.**
- **Grazie ad esse tutto l'agire dell'Infermiere diventa oggettivo, sistematico e soprattutto verificabile.**

PROCEDURE

- Le **Procedure** (**PRC**) sono parte dei **Protocolli** e servono a **circostanziare le modalità con le quali si realizzano determinate azioni infermieristiche**.
- La **Procedura** è un documento che descrive e fornisce evidenza di un processo, si definisce come una **successione dettagliata e logico-consequenziale di azioni tecnico-operative** che ha lo scopo di mettere ogni operatore nella condizione di svolgere la propria attività in modo uniforme.

PROCEDURE

- Le **Procedure**, sono degli strumenti che rendono lo svolgimento delle attività il più possibile **oggettivo, sistematico e verificabile**, soprattutto nei casi di alta complessità assistenziale. Al loro interno è raccolto un insieme di azioni professionali finalizzate ad un determinato obiettivo che descrivono il "cosa" viene fatto e che sono in grado di ridurre il rischio, in particolar modo nelle attività ad elevata complessità.
- Il **format delle Procedure** prevede, dopo la redazione, la verifica e l'approvazione; si redigono procedure dirette alla **standardizzazione della pratica infermieristica**, procedure dirette alla standardizzazione dei metodi e degli strumenti per la pratica infermieristica e procedure volte alla standardizzazione dell'organizzazione delle attività infermieristiche e tecnico-alberghiere.

PROCEDURE

Gli elementi prioritari che compongono una procedura sono:

- titolo;
- obiettivo da raggiungere (output);
- campo di applicazione;
- responsabilità, strumenti di riferimento e registrazione;
- sequenza e descrizione delle attività da eseguire;
- indicatori con tabella di raccolta dati;
- riferimenti normativi e documentali e le procedure devono necessariamente:
- essere **costruite dai professionisti infermieri dell'unità operativa nella quale verranno adottate**(coadiuvati, all'occorrenza, da altri professionisti);
- essere **condivise collegialmente da tutti gli utilizzatori**;
- prevedere **modalità condivise di aggiornamento e revisione** da parte dell'équipe.

In conlcusione possiamo dire che

Linee Guida, i Protocolli, le Procedure

sono strumenti indispensabili per la corretta riuscita del processo assistenzale dell’Infermiere.